

Заявление на получение финансовой помощи — инструкции

Ниже прилагается форма заявления на участие в программе финансовой помощи El Camino Health. Заполните, подпишите и отправьте заявление в наш офис вместе с перечисленными ниже документами.

Право на участие — вы можете претендовать на получение благотворительной помощи (оплату со скидкой 100%), при следующих условиях. (1) Вы не застрахованы или у вас высокие медицинские расходы, и (2) доход вашей семьи составляет 400% от федерального уровня бедности или ниже этого значения. При рассмотрении вашего права на участие в программе мы не будем принимать во внимание ваши сбережения. Если вы соответствуете требованиям, с вас не будут взимать плату, превышающую плату за неотложную или необходимую по медицинским показаниям помощь, вносимую застрахованными пациентами.

Документы — справка о доходах является обязательным требованием для всех заявителей. Ниже перечислены документы, которые считаются приемлемой справкой о доходах.

- Последние налоговые декларации (имеются в виду налоговые декларации, в которых отражен доход пациента за год, в котором пациенту был выставлен первый счет, или за 12 месяцев до того, как пациенту был выставлен первый счет), **или**
- Последние квитанции о выплате заработной платы (имеются в виду квитанции о выплате заработной платы, выданные за 6 месяцев до выставления первого счета больницей пациенту или спустя 6 месяцев после такого выставления, или при условии предварительного обслуживания во время подачи заявления на финансовую помощь).

Подача — заполненные заявления и сопроводительные документы можно подать в наш офис любым из следующих способов.

- **Сканированные копии и сообщения электронной почты:** charity_care@elcaminohealth.org
- **Факс:** ATTN: Charity Care
650-966-9334
- **Почта/доставка:** ATTN: Charity Care / Patient Accounts Department
2505 Hospital Drive, 2nd Floor
Mountain View, CA 94040

Если у вас возникли вопросы относительно процесса подачи заявления, свяжитесь со службой поддержки клиентов отдела расчетов с пациентами с 9:00 до 16:00 с понедельника по пятницу по телефону **800-665-6540**. Вы имеете право на бесплатную помощь при составлении этого заявления, включая бесплатные услуги переводчика и перевод документов на ваш родной язык при необходимости. Свяжитесь с нами для получения помощи.

Уведомление о правах — подача заявления на финансовую помощь не затронет ваше право на получение экстренной или необходимой по медицинским показаниям помощи. Вы можете подать заявление независимо от иммиграционного статуса.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ

Дата получения заявления (заполняется El Camino Health): _____

Номер счета/медицинской карты: _____

Имя пациента: _____

El Camino Health предлагает (бесплатную) благотворительную помощь лицам, которые соответствуют нашей политике. Поставьте галочку ниже, чтобы указать, что вы предпочли бы не подавать заявление на благотворительную помощь, а только хотите запросить льготные платежи, которые не являются бесплатными.

☐ Пациенты, которые подают заявление только на право участия в программе скидок (не являющейся бесплатной и в настоящее время не предлагаемой El Camino Health), могут получить меньшую финансовую помощь, чем та, которая может быть доступна в рамках благотворительной программы помощи El Camino Health. (Административный кодекс Калифорнии, разд. 22, с 96051.8(a)(2).) Мне известно, что в El Camino Health нет программы скидок, но я не хочу подавать заявление на бесплатное медицинское обслуживание.

Информация о заявителе (поручителе):

Степень родства с пациентом:

☐ Я сам/сама ☐ Родитель/опекун

Имя: _____

Адрес: _____

Штат, почтовый индекс: _____

Номер(-а) телефона(-ов): _____

№ социального страхования: _____

Работодатель: _____

Должность: _____

Семейное положение: _____

Количество иждивенцев: _____

Годовой семейный доход:

(долл. США) _____

Город: _____

Номер телефона: _____

Номер(-а) мобильного(-ых)

телефона(-ов): _____

Дата рождения: _____

Телефон работодателя: _____

Имя супруга(-и): _____

Возраст иждивенцев: _____

(Требуется документальное подтверждение дохода.)

Укажите основание для права на участие. Вы не должны быть застрахованы или у вас должны быть высокие медицинские расходы.

- ☐ У меня нет страховки.
- ☐ У меня высокие медицинские расходы, которые превышают 10% моего дохода.

(Заполните информацию ниже.)

A. Мой текущий годовой семейный доход или семейный доход за последние 12 месяцев (в зависимости от того, какая сумма меньше): _____

B. 10% от семейного дохода, указанного в пункте A: _____

C. Ежегодные собственные расходы, понесенные пациентом в El Camino Health, или ежегодные собственные расходы на медицинское обслуживание, оплаченные пациентом или его родственниками с подтверждающими документами (в зависимости от того, какая сумма больше): _____

Своей подписью я заявляю / мы заявляем, что, насколько мне/нам, известно вся предоставленная информация является достоверной и правильной. Я предоставляю / мы предоставляем право El Camino Health на проверку любой указанной в этом заявлении информации.

Подпись пациента/заявителя _____ **Дата** _____

(Если пациент не достиг 18-летнего возраста, требуется подпись родителя или опекуна.)

Подпись представителя пациента _____ **Дата** _____

Степень родства _____

(Если пациент не может поставить свою подпись из-за болезни или инвалидности.)